

ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM (AHCCCS)

Informe de Discapacidad



*** Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor llamar al 602-417-5010.**

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRAS DE MOLDE, A MÁQUINA, O ESCRIBA CLARAMENTE Y CONTESTE TODO DE LA MEJOR FORMA POSIBLE. Si usted está llenando esto de parte de otra persona, ponga el nombre de él o ella y el número del Seguro Social en el espacio suministrado y conteste todas las preguntas. **RESPUESTAS COMPLETAS NOS AYUDARÁN A PROCESAR EL RECLAMO.**

AVISO DEL ACTO DE PRIVACIDAD: La información que se solicita en este formulario está autorizada por el Título 20 CFR 404.1512 y el Título 20 CFR 416.912. La información suministrada se usará para tomar una decisión sobre este reclamo. Aunque completar este formulario es algo voluntario, si usted no nos suministra la información que le solicitamos, esto nos puede atrasar más para tomar una decisión. Puede ser que le demos la información que usted nos suministre en este formulario a otra persona o a una agencia gubernamental sólo respecto a los programas de AHCCCS y para cumplir con leyes Federales que requieren el intercambio de información entre AHCCCS y otra agencia.

Nombre del/de la solicitante	Número del Seguro Social	Fecha de Nacimiento
------------------------------	--------------------------	---------------------

Número de teléfono donde se puede localizar al/a la solicitante <small>(incluya el código de área)</small>	La mejor hora para localizar al/a la solicitante
---	--

¿El/la solicitante habla inglés? SÍ NO

Si es NO, ¿qué idioma habla el/la solicitante? _____.

¿El/la solicitante necesita ayuda para procesar su reclamo? SÍ NO

Si es **SÍ**, ponga el nombre, la dirección, el número telefónico y la relación de la persona que le está dando ayuda al/a la solicitante. Además, indique por qué necesita ayuda el/la solicitante (idioma extranjero, no puede movilizarse, etc.)

Nombre de la persona suministrando ayuda	Relación de la persona suministrando ayuda
--	--

Dirección de la persona suministrando ayuda

Número telefónico de la persona suministrando ayuda <small>(incluya el código de área)</small>	La mejor hora para localizar a la persona suministrando ayuda
--	---

Razón por la que el/la solicitante necesita ayuda

¿Cuál es la condición médica del/de la solicitante? (Explique brevemente la lesión o la enfermedad que le impide trabajar al/a la solicitante).

¿Cuándo comenzó esta condición médica?

¿Tiene el/la solicitante alguna de estas condiciones?:

Última Etapa de Enfermedad Renal YES NO

Enfermedad de Falla del Riñón YES NO

Leucemia Aguda YES NO

Si es **SÍ**, complete solamente las páginas 1, 4 & 10. Si es **NO**, complete todas las páginas de este formulario.

PARTE I – INFORMACIÓN SOBRE HISTORIALES MÉDICOS

1. Ponga el nombre, la dirección y el número telefónico del doctor o de la clínica que tiene el más reciente historial médico del/de la solicitante:		<input type="checkbox"/> Marque aquí si el/la solicitante no tiene doctor
Nombre del Doctor/Nombre de la Clínica		Dirección
Número de Teléfono (incluyendo el código de área)		
¿Qué tan frecuentemente ve el/la solicitante a este doctor o va a esta clínica?	Fecha en la que el/la solicitante vio al doctor o fue a la clínica por primera vez <small>(mes/día/año)</small>	Fecha en la que el/la solicitante vio al doctor o fue a la clínica por última VEZ (mes/día/año)
Razones de las visitas (condición médica por la que el/la solicitante tuvo un examen o tratamiento)		
Tipo de tratamiento (tal como cirugía, quimioterapia y radiación, si se sabe). Si no tuvo tratamiento, escriba “NINGUNO” .		

2a. ¿Ha visto el/la solicitante otro(s) doctor(es) o clínicas desde que empezó su condición médica? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si es SÍ, suministre lo siguiente:		
Nombre del doctor o clínica		Dirección
Número de Teléfono (incluyendo el código de área)		
¿Cada cuánto ve el/la solicitante a este doctor o va a la clínica?	Fecha de la primera vez en que el/la solicitante vio a este doctor o fue a esta clínica <small>(mes/día/año)</small>	Fecha de la última vez en que el/la solicitante vio a este doctor o fue a esta clínica <small>(mes/día/año)</small>
Razones de las visitas (condición médica por la que el/la solicitante tuvo un examen o tratamiento)		
Tipo de tratamiento (tal como cirugía, quimioterapia y radiación, si se conoce). Si no hubo tratamiento, escriba “NINGUNO” .		

2b. Identifique a continuación cualquier doctor o clínica que el/la solicitante haya consultado desde que comenzó esta condición médica.		
Nombre del doctor o clínica		Dirección
Número de Teléfono (incluyendo el código de área)		
¿Cada cuánto ve el/la solicitante a este doctor o va a la clínica?	Fecha de la primera vez en que el/la solicitante vio a este doctor o fue a esta clínica (mes/día/año)	Fecha de la última vez en que el/la solicitante vio a este doctor o fue a esta clínica (mes/día/año)
Razones de las visitas (condición médica por la que el/la solicitante tuvo un examen o tratamiento)		
Tipo de tratamiento (tal como cirugía, quimioterapia y radiación, si se conoce). Si no hubo tratamiento, escriba “NINGUNO” .		
2C. Identifique a continuación cualquier doctor o clínica que el/la solicitante haya consultado desde que comenzó esta condición médica.		
Nombre del doctor o clínica		Dirección
Número de Teléfono (incluyendo el código de área)		
¿Cada cuánto ve el/la solicitante a este doctor o va a la clínica?	Fecha de la primera vez en que el/la solicitante vio a este doctor o fue a esta clínica (mes/día/año)	Fecha de la última vez en que el/la solicitante vio a este doctor o fue a esta clínica (mes/día/año)
Razones de las visitas (condición médica por la que el/la solicitante tuvo un examen o tratamiento)		
Tipo de tratamiento (tal como cirugía, quimioterapia y radiación, si se conoce). Si no hubo tratamiento, escriba “NINGUNO” .		
Si el/la solicitante ha consultado a otros doctores o clínicas desde que se inició esta condición médica, haga una lista con los nombres, direcciones, fechas y razones para las visitas en Parte V.		

3a. ¿Ha sido el/la solicitante hospitalizado/a debido a esta condición médica? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si es SÍ, suministre lo siguiente:		
Nombre del Hospital		Número de Teléfono:
Número del/de la Paciente		
¿Estuvo el/la solicitante internado/a (i.e. pasó por lo menos una noche)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si es SI, suministre lo siguiente:		¿Fue el/la solicitante un/a paciente externo/a? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si es SÍ, suministre lo siguiente:
Fecha(s) de Admisión(es)	Fecha(s) en que fue Dado/a de Alta	Fecha(s) de Visita(s)
Razón de la Hospitalización (condición médica por la que el/la solicitante tuvo un examen o tratamiento)		
Tipo de tratamiento (tal como cirugía, quimioterapia y radiación, si se conoce). Si no hubo tratamiento, escriba "NINGUNO".		

3b. Si el/la solicitante ha estado en otro hospital debido a esta condición médica, anótelo a continuación.		
Nombre del Hospital		Número de Teléfono:
Número del/de la Paciente		
¿Estuvo el/la solicitante internado/a (i.e. pasó por lo menos una noche)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si es SI, suministre lo siguiente:		¿Fue el/la solicitante un/a paciente externo/a? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si es SÍ, suministre lo siguiente:
Fecha(s) de Admisión(es)	Fecha(s) en que fue Dado/a de Alta	Fecha(s) de Visita(s)
Razón de la Hospitalización (condición médica por la que el/la solicitante tuvo un examen o tratamiento)		
Tipo de tratamiento (tal como cirugía, quimioterapia y radiación, si se conoce). Si no hubo tratamiento, escriba "NINGUNO".		

4. ¿Ha sido el/la solicitante visto/a por otras agencias debido a esta condición médica? (VA, indemnización de trabajadores, agencias de salud mental, servicios de rehabilitación vocacional, etc.). SÍ NO Si es SÍ, complete la información a continuación:

Nombre de la Agencia	Número de Teléfono de la Agencia:
Número de Reclamo del/de la Solicitante	Dirección:
Fechas de las Visitas (mes./día, año)	Tipo de tratamientos o exámenes recibidos

Si necesita más espacio, haga una lista de las otras agencias, sus direcciones, números de reclamos del/de la solicitante, fechas, y tratamiento recibido en Parte V.

5. ¿Ha tenido el/la solicitante alguno de los siguientes exámenes durante el año pasado?

EXAMEN	SÍ/NO	Si es SÍ, explique	
		Lugar donde se lo hizo	Cuándo se lo hizo
Electrocardiograma	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Rayos X del Pecho	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Otros Rayos X (anote aquí la parte del cuerpo)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Exámenes de Respiración	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Exámenes de Sangre	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Otro (explique)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Otro (explique)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

6. Si el/la solicitante tiene una tarjeta de AHCCCS, ¿cuál es el número de identificación (ID) (algunos hospitales y clínicas guardan documentos con el número de AHCCCS)?

7. Haga una lista de todos los medicamentos que el/la solicitante toma actualmente:

PARTE II – INFORMACIÓN SOBRE SUS ACTIVIDADES

1. ¿Le ha dicho algún doctor al/a la solicitante que reduzca o que limite sus actividades de alguna forma?
 SÍ NO Si es SÍ, suministre el nombre del doctor abajo y díganos lo que le dijo al/a la solicitante.

2. Describa las actividades diarias del/de la solicitante (por ejemplo: camina – 1 cuadra ó 10 minutos a lo largo del día).

- **ACTIVIDADES EN EL HOGAR** (incluyendo cocinar, limpiar, ir de compras, y otros pequeños trabajos alrededor de la casa así como otras actividades similares):

	Actividad	Cuánto	Cada Cuánto	Ayuda Necesitada
1				
2				
3				
4				
5				

- **ACTIVIDADES RECREATIVAS Y PASATIEMPOS** (cazar, pescar, jugar boliche, senderismo, instrumentos musicales, etc.):

	Actividad	Cuánto	Cada Cuánto	Ayuda Necesitada
1				
2				
3				
4				
5				

- **CONTACTOS SOCIALES** (visitas con amigos, parientes, vecinos):

	Actividad	Cuánto	Cada Cuánto	Ayuda Necesitada
1				
2				
3				
4				
5				

- **OTRAS** (manejar un auto, motocicleta, viajar en autobús, etc.):

	Actividad	Cuánto	Cada Cuánto	Ayuda Necesitada
1				
2				
3				
4				
5				

PARTE III – INFORMACIÓN SOBRE SU EDUCACIÓN

1. ¿Hasta qué grado de escuela completó el/la solicitante?

¿Mes/Año Completado?

2. ¿Ha asistido el/la solicitante a una escuela comercial o vocacional o ha tenido algún entrenamiento especial? SÍ NO

Si es SÍ, describa:

- Tipo de escuela comercial o vocacional o de entrenamiento:
- Fechas aproximadas en las que el/la solicitante asistió:
- ¿Cómo usó el/la solicitante esta educación o entrenamiento en cualquier trabajo que el/la solicitante hizo?

PARTE IV – INFORMACIÓN SOBRE EL TRABAJO QUE USTED HIZO

1. ¿Cuándo le empezó a molestar la condición física del/de la solicitante al/a la solicitante?

Mes

Día

Año

2a. ¿Trabajó el/la solicitante después de la fecha indicada en la pregunta 1? (Si es NO, vaya a las preguntas 3A y 3B).

SÍ

NO

2b. Si el/la solicitante trabajó después de la fecha en la pregunta 1, ¿le causó la condición médica algún cambio al/a la solicitante? :

¿Trabajo o deberes del trabajo?

SÍ

NO

¿Horas de trabajo?

SÍ

NO

¿Asistencia?

SÍ

NO

¿Alguna otra cosa sobre el trabajo?

SÍ

NO

Si el/la solicitante respondió que **NO a TODO** esto, vaya a las preguntas 3a y 3b.

2c. Si el/la solicitante respondió que **SÍ en cualquiera** de las preguntas en 2b, explique abajo los cambios en el trabajo, las fechas en que ocurrieron, y cómo hizo la condición médica que estos cambios fueran necesarios.

3a. ¿Cuándo tuvo que dejar de trabajar finalmente el/la solicitante debido a la condición médica?	Mes	Día	Año
---	-----	-----	-----

3b. Explique cómo la condición médica le impide trabajar al/a la solicitante ahora.

4. Haga una lista de todos los trabajos que ha tenido el/la solicitante en los últimos 15 años. Si necesita más espacio, use la Parte V o adjunte una página de papel separada.

Título del Trabajo	Tipo de Negocio	Fechas en que Trabajó (Mes/Año)		Días Por Semana	Tipo de Pago (por hora, semana, mes o año)
		DE	HASTA		

5a. Describa las obligaciones básicas (explique lo que el/la solicitante hacía y cómo lo hacía) del trabajo que el/la solicitante tuvo por más tiempo.

5b. Suministre la siguiente información sobre el trabajo que el/la solicitante tuvo por más tiempo.
En el trabajo, el/la solicitante:

- ¿Usó máquinas, herramientas, o equipo de alguna clase? SÍ NO
Si es sí, ¿qué usó el/la solicitante? _____
- ¿Usó conocimiento o destrezas técnicas? SÍ NO
Si es sí, ¿qué conocimiento o destrezas técnicas se incluyeron? _____
- ¿Tuvo que escribir, completar informes, o llevar a cabo obligaciones similares? SÍ NO
Si es sí, ¿qué tipo de documentos tuvo que escribir el/la solicitante? _____
- ¿Tuvo responsabilidades de supervisión? SÍ NO
Si es sí, ¿a cuántas personas tuvo que supervisar el/la solicitante y cuáles fueron las obligaciones? _____

5c. Describa la clase y la cantidad de actividad física durante un día normal para el trabajo que tuvo por más tiempo :

• **CAMINANDO** (haga un círculo alrededor del número de horas por día que pasaba caminando)
0 1 2 3 4 5 6 7 8

• **ESTANDO DE PIE** (haga un círculo alrededor del número de horas por día que pasaba de pie)
0 1 2 3 4 5 6 7 8

• **ESTANDO SENTADO/A** (haga un círculo alrededor del número de horas por día que pasaba sentado/a)
0 1 2 3 4 5 6 7 8

• **ESTANDO AGACHADO/A** (haga un círculo alrededor de la palabra que indica el tiempo por día que el/la solicitante tenía que pasar agachándose)

Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Constantemente

• **ALCANZANDO ALGO** (haga un círculo alrededor de la palabra que indica el tiempo por día que el/la solicitante tenía que pasar alcanzado algo)

Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Constantemente

• **LEVANTANDO Y CARGANDO ALGO:** Describa abajo lo que levantaba el/la solicitante, y la distancia que lo tenía que cargar. Marque el peso más pesado que cargó abajo y el peso que levantaba y/o que cargaba con más frecuencia:

PESO MÁS PESADO QUE CARGÓ	PESO QUE LEVANTÓ/CARGÓ FRECUENTEMENTE
<input type="checkbox"/> 10 lbs.	<input type="checkbox"/> Hasta 10 lbs.
<input type="checkbox"/> 20 lbs.	<input type="checkbox"/> Hasta 20 lbs.
<input type="checkbox"/> 50 lbs.	<input type="checkbox"/> Hasta 50 lbs.
<input type="checkbox"/> 100 lbs.	<input type="checkbox"/> Más de 50 lbs.
<input type="checkbox"/> Más de 100 lbs.	

PARTE V – COMENTARIOS/INFORMACIÓN DEL/DE LA SOLICITANTE

Use esta sección para responder cualquier pregunta anterior o para dar información adicional que usted crea que ayudará al tomar esta decisión. Por favor refiérase a las preguntas anteriores por número. Si necesita más espacio, use una hoja de papel por separado. Usted puede adjuntar cualquier prueba que indique la condición médica actual del/de la solicitante.

PARTE VI – DECLARACIONES DE AUTORIZACIÓN Y NOTIFICACIÓN

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Arizona que la información en este formulario es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender.

- Copias de mi historial médico se le pueden dar a un doctor o a una institución médica antes de que yo vaya a un examen independiente si se necesita un examen.
- Resultados de mi examen independiente se le pueden dar a mi doctor personal.
- Mi información médica puede ser suministrada a cualquier contratista para transcripción, escritura a máquina, copia para archivo, u otros servicios secretariales o administrativos relacionados llevados a cabo para la Administración de Determinación de Discapacidad del Estado.
- Estoy de acuerdo en informarle a la Administración de AHCCCS si mi condición médica mejora o si voy a trabajar.
- Sé que cualquier persona que no dice la verdad en una solicitud comete un delito castigado bajo la ley Federal. Juro que las declaraciones de arriba son verdaderas.

Nombre (Firma del/de la solicitante o persona completando a nombre del/de la solicitante)

Fecha (mes/día/año)

Se requieren testigos SÓLO si esta declaración ha sido firmada arriba con una marca (X). Si se firmó con una marca (X) dos testigos al firmar que conozcan a la persona que da la declaración deben firmar abajo dando sus direcciones completas.

1. Firma de Testigo

2. Firma de Testigo

Dirección (número y calle, ciudad, estado, y código postal)

Dirección (número y calle, ciudad, estado, y código postal)

PARTE VII – SÓLO PARA USO DE AHCCCS – NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

DE-121 Tomado por:

Entrevista Personal Teléfono Correo

Formulario Suplementado SÍ NO

Si es SÍ, por:

Entrevista Personal Teléfono Correo

Firma del Especialista de Derechos

Fecha (mes/día/año)

Dirección de Oficina Local

Número de Teléfono de la Oficina Local
Office Phone Number